



**INTERIM ASSISTANCE REIMBURSEMENT AUTHORIZATION  
INITIAL PAYMENT / ПЕРШИЙ ПЛАТИЖ**

ІМ'Я КЛІЄНТУ	НОМЕР СОЦІАЛЬНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ	ІДЕНТИФІКАЦІЙНИЙ НОМЕР КЛІЄНТУ	НОМЕР ТЕЛЕФОНУ
ВУЛИЦЯ ТА НОМЕР БУДИНКУ	МІСТО	ШТАТ	ПОШТОВИЙ ІНДЕКС
ПОШТОВА АДРЕСА	МІСТО	ШТАТ	ПОШТОВИЙ ІНДЕКС

**Термін «Штат» означає Відділ Соціального Обслуговування та Охорони Здоров'я.**

**Що я дозволяю Штату зробити, підписавши цей дозвіл?**

Якщо буде визначено, що я маю право одержувати Пособіє Додаткового забезпечення (SSI), я розумію, що я дозволяю Адміністрації Соціального Забезпечення (SSA) надіслати:

- Мій перший ретроактивний платіж пособія SSI Штату; або
- Якщо федеральний закон обмежує засоби виплати мені моєго пособія SSI, надіслати Штату тільки ту суму, яка дорівнює сумі державної допомоги, яка повинна бути відшкодована, яку я одержав від Штату.

**Яким чином буде виплачена Штату сума державної допомоги, яку Штат надав мені та яка повинна бути відшкодована?**

Штат утримає з моєго першого ретроактивного платіжу пособія SSI суму грошей, дорівнюючу сумі, яку я одержав від Штату за період часу, який починається з першого місяця, з якого я маю право на платіж SSI, та закінчується у тому місяці, коли я починаю одержувати платіжі SSI. Якщо Штат не може своєчасно припинити державну допомогу, цей період часу закінчується наступного місяця. Якщо федеральний закон обмежує засоби виплати мені будь-яких зайвих грошей, SSA пошле Штату тільки суму, дорівнюючу сумі грошей, яку я одержав від Штату. Штат не утримає ніяких грошей за пособія, які були загалом або частково фінансовані федеральним урядом.

**Що трапиться, якщо Штат одержить занадто багато грошей?**

Штат пошле усі зайві гроші мені разом з листом, пояснюючим, скільки грошей Штат утримав, на протязі 10 робочих днів після того, як Штат одержить платіж з SSA.

**Що мені робити, якщо SSA пошле свій перший платіж мені?**

Я зроблю на цьому чеку передатний надпис «підлягає оплаті Штату Вашингтон» та пошлю його на адресу:

STATE OF WASHINGTON  
OFFICE OF FINANCIAL RECOVERY (OFR), MAIL STOP 5862  
PO BOX 9501  
OLYMPIA WA 98507-9501

**Як довго дійсний цей дозвіл?**

Цей дозвіл є обов'язковим для Штата та для мене на протязі одного календарного року з тощ дати, коли Штат його одержить. Щоб цей дозвіл був дійсний, його повинен підписати та продатувати і представник Штату, і я. SSA буде зберігати у себе цей дозвіл один рік.

**Якщо я подам або вже подав заяву на SSI, цей дозвіл дійсний, навіть якщо вже закінчився календарний рік до того часу, доки:**

- Я одержу свій перший платіж SSI; або
- Я не подам своєчасне прохання про перегляд та закінчиться максимальний період часу, дозволений для подачі прохання про адміністративний або судовий перегляд;
- Штат та я погодимся припинити цей дозвіл.

**Цей дозвіл не є обов'язковим для мене, якщо Штат не повідомить SSA, що я підписав цей дозвіл, на протязі 30 календарних днів з того дня, коли я підписав цю форму.**

**Чи цей дозвіл служить мені як «захисна» подача заяви на пособіє SSI?**

Так, якщо я ще не подав заяву на пособіє SSI, ця форма є сповіщенням про те, що в мене є 60 днів на подачу заяви на пособіє SSI, щоб «захистити» мою дату подачі заяви. Якщо моя заява буде затверджена, моє пособіє SSI може початися з того дня, коли я підписав цю форму. Якщо я не подам заяву на пособіє SSI на протязі 60 днів, цей дозвіл більше не буде служити мені як «захисна» подача заяви на пособіє SSI.

**Я маю право на Справедливе Слухання, якщо я не згоден з буд-якою дією Штату відносно цього дозволу та відшкодування.**

ПІДПИС КЛІЄНТА	ДАТА
ПІДПИС ПРЕДСТАВНИКА DSHS	ДАТА ОДЕРЖАННЯ DSHS